

Io sottoscritto

Nato il/...../....., Residente a

Tel / Email Email

Genitore/Tutore del paziente

Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo comprensibile, chiaro, esauriente sulle indicazioni e modalità di esecuzione della **COLONSCOPIA**, tramite lettura di questo documento e colloquio precedente con il medico operatore. La colonscopia prevede l'introduzione di uno strumento flessibile dall'ano per esplorare, ove possibile, il colon e l'ileo terminale.

ACCONSENTO A ESEGUIRE:

Prelievi diagnostici e/o interventi terapeutici "a basso rischio" (come definito nelle linee guida Italiane ed Europee):

- **PRELIEVI ISTOLOGICI (biopsie);**
- **RESEZIONE, POLIPECTOMIA, ABLAZIONE di lesioni di dimensioni standard**

Sono stato informato che la procedura è connessa ad alcuni eventi avversi che possono essere gravi:

- *emorragia: <10% per procedure terapeutiche;*
- *perforazione: 0.5% per esami diagnostici, <2% per procedure terapeutiche*
- *mortalità dello 0.25%.*

Sono stato informato che la condizione clinica successiva alla all'esame potrebbe essere caratterizzata da alcune sequele, in particolare intervento chirurgico d'urgenza e/o emotrasfusione.

- **SEDAZIONE e ANALGESIA** finalizzata a ridurre dolore/fastidio con la possibilità di somministrazione di farmaci antagonisti per ottenere un adeguato risveglio.

Sono stato informato che la sedazione *moderata/profonda* è associata a rischio di eventi avversi specifici:

- *reazioni allergiche (broncospasmo e/o orticaria);*
- *alterazione della pressione arteriosa, frequenza e ritmo cardiaco;*
- *arresto respiratorio e/o cardiaco (0.001-0,003%) e mortalità (<0,0003%).*

Se sottoposto a sedo/analgesia, sono stato avvisato che potrò lasciare l'ambulatorio solo se accompagnato da un adulto, che è vietato guidare auto-motoveicoli o eseguire attività che richiedano un normale stato di coscienza / vigilanza nelle 12h successive.

Acconsento che, qualora durante l'esame occorran condizioni di necessità, il medico, a sua discrezione, possa prendere decisioni diagnostiche e terapeutiche diverse da quelle previste.

Ho avuto tempo e modo di porre al proposito tutte le domande che ho ritenuto opportune ed ho ottenuto in merito risposte esaurienti che ho compreso appieno e che mi hanno soddisfatto.

In conformità a quanto sopra comunicatomi e in piena libertà di giudizio,

ACCONSENTO

- **al trattamento proposto**, compresa ogni manovra connessa e complementare, pur potendo in qualunque momento – con dichiarazione formale e motivata – modificare tale decisione;
- **al trattamento dei dati personali**, dopo essere stato informato della vigente normativa in materia di riservatezza dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario e di aver previo visione del D.lgs. 196/2003.

Data

Firma del paziente/tutore

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto Dott. confermo che il paziente ha interamente compreso quanto sopra esposto, compresi gli aspetti amministrativi e medico legali, e che l'indicazione all'esame è appropriata:

Indicazione

.....

Esame precedente.....

.....

Comorbilità

.....

Familiarità K

Terapia antitromb. aspirina ☐; clopidogrel ☐; NAO ☐ ; warfarin ☐
in corso ☐; sospesa ☐ da n. gg.....; bridge to LMWH ☐

Firma Medico Firma Testimone

Io sottoscritto, informato dal Dott.....

NON ACCONSENTO

a eseguire l'esame endoscopico, pur essendo cosciente che il mio rifiuto può arrecare danno alla mia salute sebbene non mi trovi in imminente pericolo di vita. Prendo atto che se le mie condizioni di salute si aggravassero mettendo in pericolo la mia vita, i sanitari metteranno comunque in atto tutti quei provvedimenti necessari per fronteggiare e risolvere tale situazione in ottemperanza alle norme vigenti.

Data

Firma del paziente/tutore
